

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1904-1905. — N° 67

RÉTRACTION
DE
L'APONÉVROSE PALMAIRE
D'ORIGINE TUBERCULEUSE

Tuberculose inflammatoire : Rhumatisme tuberculeux abarticulaire

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 19 Décembre 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis-Eugène PERDRIZET

Né le 5 Juin 1882, à Montpellier (Hérault).

Élève de l'École du Service de Santé Militaire



LYON

A. REY & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Décembre 1904

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1904-1905. — N° 67

RÉTRACTION
DE
L'APONÉVROSE PALMAIRE
D'ORIGINE TUBERCULEUSE

Tuberculose inflammatoire : Rhumatisme tuberculeux abarticulaire

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 19 Décembre 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis-Eugène PERDRIZET

Né le 5 Juin 1882, à Montpellier (Hérault).

Élève de l'École du Service de Santé Militaire



LYON

A. REY & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Décembre 1904

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
HUGOUNENQ ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	}	MM. LÉPINE
Cliniques chirurgicales		BONDET
Clinique obstétricale et Accouchements.		BARD
Clinique ophtalmologique		PONCET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		JABOULAY
Clinique des maladies mentales		FABRE
Clinique des maladies des enfants.		X
Physique médicale		AUGAGNEUR
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET
Chimie organique et Toxicologie		WEILL
Matière médicale et Botanique		MONOYER
Parasitologie		HUGOUNENQ
Anatomie.		CAZENEUVE
Anatomie générale et Histologie.		BEAUVISAGE,
Physiologie		LORTET
Pathologie interne		TESTUT
Pathologie externe		RENAUT
Pathologie et Thérapeutique générales.		MORAT
Anatomie pathologique		TEISSIER
Médecine opératoire.		X.
Médecine expérimentale et comparée.		MAYET
Médecine légale		TRIPPIER
Hygiène		POLLOSSON (M.)
Thérapeutique		ARLOING
Pharmacologie.		LACASSAGNE
		COURMONT (J.)
		SOULIER
		FLORENCE

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire M. DOYON

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes.	MM. POLLOSSON (A.), agrégé.
Maladies des voies urinaires.	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS, —
Propédeutique médicale.	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale	BERARD —
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Hygiène administrative	COLLET —
Thérapeutique générale	ROUX —
Accouchements	COMMANDEUR —
Matière médicale.	MOREAU —
Embryologie	REGAUD —
Anatomie topographique.	ANCEL —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	BORDIER	REGAUD	GAYET
PIC	COURMONT (P.)	CAUSSE,	MOREL
PAVIOT	CHATIN	ANCEL	NEVEU-LEMAIRE
NOVE-JOSSERAND	VILLARD	CHARVET	NICOLAS
BÉRARD	TIXIER	COMMANDEUR	PATEL
SAMBUC			PLAUCHU Ch...

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PONCET, Président; SAMBUC, Assesseur;

MM. BÉRARD et VILLARD, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A la mémoire de mon Père

LOUIS-ADOLPHE PERDRIZET

Professeur de Mathématiques

A MA MÈRE

*Je dédie ce modeste travail en témoignage de
ma reconnaissance et de ma grande affection.*

A TOUS LES MIENS

AU DOCTEUR AUGUSTE MAGE

Mon meilleur ami.

A MONSIEUR LE DOCTEUR H. BICHELONNE

Médecin-Major à la Direction du Service de Santé de Bordeaux

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR ANTONIN PONCET

Professeur de Clinique chirurgicale,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

La rétraction de l'aponévrose palmaire est encore dénommée *maladie de Dupuytren*, depuis que DUPUYTREN, le premier, a donné une exacte description des symptômes de cette affection et en a publié scrupuleusement plusieurs observations.

Elle peut être *définie* : La flexion permanente d'un ou plusieurs doigts s'étant d'ordinaire établie progressivement, ou, pour mieux dire, la flexion de la phalange sur le métacarpien correspondant ainsi que de la phalangine sur la phalange elle-même, la phalangette restant par contre, le plus souvent, dans l'extension. Cette extension paraît être une des caractéristiques de l'affection.

Il s'agirait là de lésions sclérosiques de l'aponévrose palmaire, pouvant quelquefois comprendre la peau de la paume de la main.

Cette flexion s'observe fréquemment sur l'annulaire et le petit doigt, mais peut occuper aussi les autres doigts.

Semblable affection a été à juste titre qualifiée de *singulière* depuis des années et des années, et cette dénomination est amplement justifiée par les nombreuses controverses qu'elle a suscitées, du jour où elle a été décrite pour la première fois.

Aussi nous intéresse-t-elle à un double titre, d'abord précisément à cause de son étiologie toujours discutée, et ensuite parce que l'origine tuberculeuse n'ayant été encore guère entrevue, nous fournirons, en l'invoquant, une preuve de plus pour démontrer l'existence du *rhumatisme tuberculeux abarticulaire* déjà si bien mis en lumière par M. le professeur PONCET.

Nous tâcherons donc d'esquisser dans ce travail un aperçu général sur la rétraction de l'aponévrose palmaire et de signaler ainsi les principales notions acquises tant en anatomie pathologique, diagnostic ou traitement qu'en étiologie elle-même. Nous passerons ensuite en revue (au chapitre de l'Etiologie), ainsi que le comporte notre titre, le rhumatisme tuberculeux et particulièrement le rhumatisme tuberculeux abarticulaire.

Et, autant que faire se pourra, nous ferons en sorte d'établir que, pour « certains cas », la maladie de Dupuytren doit plus que probablement ressortir à la tuberculose.

Un tel rapprochement — les observations sont là pour en témoigner — ne paraîtra pas factice, nous en avons la certitude.

A M. le professeur Poncet revient l'idée première de ce travail. Il a bien voulu nous confier ce sujet, qui lui est particulièrement cher. Puissions-nous au moins nous être convenablement acquitté de notre tâche !

Qu'il daigne accepter ici le témoignage de notre respectueuse gratitude et pour son accueil toujours bienveillant et pour le grand honneur qu'il nous fait, de présider aujourd'hui notre thèse inaugurale !

RÉTRACTION
DE
L'APONÉVROSE PALMAIRE
D'ORIGINE TUBERCULEUSE

Tuberculose inflammatoire : Rhumatisme tuberculeux abarticulaire

CHAPITRE PREMIER

**ANATOMIE NORMALE DE L'APONÉVROSE
PALMAIRE**

Nous pensons devoir, avant d'aborder plus intimement notre sujet, donner quelques détails sur l'anatomie normale de l'aponévrose palmaire, à seule fin de nous aider dans la compréhension des lésions et des désordres anatomiques que nous décrirons ensuite en anatomo-pathologie.

On peut, pour la commodité de l'étude, scinder en deux la description de l'aponévrose palmaire :

1° L'aponévrose palmaire immédiatement sous-jacente aux tissus sous-cutanés ;

2° L'aponévrose palmaire profonde.

En ce qui concerne *l'aponévrose palmaire superficielle*, elle est particulièrement épaisse à la partie moyenne et s'étale sur les côtés, c'est-à-dire sur les régions thénar et hypothénar.

La *partie moyenne* dessine une lame triangulaire à

sommet supérieur, correspondant au ligament annulaire du carpe et lui adhérent, à base dirigée vers les extrémités digitales, se divisant en languettes fibreuses destinées à chaque doigt, ou, plus exactement, aux premières phalanges, laissant par suite des ouvertures réservées au passage des artérioles et des nerfs.

Elle est formée par les fibres longitudinales provenant du tendon du petit palmar et constitue ainsi un large éventail délimité par les régions thénar et hypothénar.

Au-devant des tendons des fléchisseurs, les fibres deviennent plus serrées et plus denses, tandis que, dans les espaces intertendineux, elles se trouvent moins nombreuses et plus fines et peuvent même manquer, ainsi que le voulait GRAPOW.

On a donc pour chaque doigt au-dessus des tendons fléchisseurs quatre bandelettes spéciales : ce sont les *languettes prétendineuses* de LEGUEU et JUVARA.

Elles s'insèrent respectivement à la phalange correspondante, après avoir donné d'abord quelques fibres à la peau du pli digito-palmar et s'être divisées ensuite en faisceaux externe et interne, pour faciliter l'insertion.

Il existe de même des fibres transversales qui réunissent antérieurement les différents métacarpiens entre eux, les unes longues, les autres plus courtes. Ces fibres transversales sont beaucoup plus serrées à la partie inférieure et circonscrivent avec les fibres longitudinales les différents espaces digitaux et interdigitaux avec ouvertures pour la circulation et l'innervation.

Il existe d'autre part des *tractus fibreux* unissant, de

ci, de là, l'aponévrose palmaire avec les tissus cutanés superficiels.

De même de la partie profonde de l'aponévrose se détachent les *fibres perforantes*, qui vont jusqu'à la face dorsale de la main, et des *fibres de séparation* des tendons des fléchisseurs, qui forment pour ces derniers autant de logettes distinctes par cloisonnement.

Sur les régions hypothénar et thénar, l'aponévrose a une importance moindre, du moins en ce qui nous concerne ; elle sert surtout à fournir des cloisons aux différents muscles de ces éminences.

Tout compte fait, l'aponévrose palmaire superficielle délimite en profondeur trois loges distinctes :

Une loge pour les muscles de l'éminence thénar et le tendon du long fléchisseur propre du pouce ; une loge palmaire interne pour les muscles hypothénar et les tendons fléchisseurs du petit doigt. *La loge palmaire moyenne* est réservée à son tour aux tendons fléchisseurs communs avec leurs gaines, aux vaisseaux et nerfs palmaires et se subdivise, on l'a vu précédemment, en logettes pour chaque fléchisseur ; on pourrait de même trouver des logettes pour les lombricaux et les vaisseaux et nerfs digitaux.

L'aponévrose palmaire profonde recouvre les espaces interosseux ; elle s'insère sur le bord antérieur des métacarpiens (sauf sur le 3^e à cause de l'insertion de l'adducteur du pouce à ce niveau) et tapisse les muscles interosseux et, plus bas, la partie antérieure des articulations métacarpo-phalangiennes. Elle sépare ainsi les interosseux, croisant sa face dorsale, des lombricaux et vaisseaux ou nerfs situés en avant d'elle.

De cette description anatomique, on doit surtout retenir la disposition de la région superficielle moyenne ; cette dernière est en effet le plus souvent, sinon toujours envahie par le processus de sclérose et de cicatrice.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Désirant mettre au point les notions d'anatomie pathologique obtenues jusqu'à ce jour sur la maladie de Dupuytren, nous commencerons par exposer, à titre d'*historique*, les différentes opinions émises à ce sujet. Après cet exposé, nous aborderons facilement la description, aujourd'hui admise, des lésions provoquant la rétraction de l'aponévrose palmaire et celle aussi des lésions occasionnées par le rhumatisme tuberculeux.

En premier lieu, PLATER, dans son livre (*Observationum liber*), invoque le soulèvement des tendons fléchisseurs, qui se seraient séparés des tractus ligamenteux, les retenant aux plans profonds de la main.

Plus tard, ALIBERT signale une inflammation chronique de la peau et semble en faire l'unique lésion. Quelques auteurs encore, avant Dupuytren, prennent en considération les altérations des surfaces articulaires et le raccourcissement des ligaments latéraux des articulations phalangiennes.

Pour DUPUYTREN, au contraire, l'induration et le raccourcissement des languettes fibreuses allant de l'aponévrose palmaire aux côtés des phalanges devraient seulement être mis en cause. D'après lui, il n'y a que l'apo-

névrose qui soit atteinte, c'est là le fait primitif expliquant la rétraction.

GUERIN pense à la même époque que la peau est également lésée et doit contribuer beaucoup à la rétraction.

SAMSON croit à la transformation fibreuse des tractus cellulieux normaux.

GOYRAND D'AIX émet l'idée de néoformation de faisceaux fibreux ; il y aurait surproduction de tissu cicatriciel. Malgré cette idée première, Goyrand ne tarde pas à se ranger à la théorie de Samson (transformation et hypertrophie des fibres persistantes).

VELPEAU, à son tour, admettait que la rétraction était due à la transformation en brides fibreuses d'une partie de la couche sous-cutanée.

D'autre part, COOPER ASTLEY attribuait la rétraction à la crispation des gaines des tendons et BOYER incriminait l'endurcissement et le dessèchement des tendons.

Quant à GERDY, il se range à la théorie cutanée de Goyrand, de Samson, de Velpeau, en donnant pour cause la cicatrisation des faisceaux fibreux superficiels.

Nous arrivons à MALGAIGNE qui, avec GUÉRIN, fait des lésions cutanées les lésions principales et considère la rétraction de l'aponévrose palmaire comme secondaire.

Cette théorie fut reprise par BAUM DE DANTZICK et AMAT, ainsi que par FORT, dans sa thèse d'agrégation : il s'agirait d'une dégénérescence scléreuse de la peau qui pourrait même envahir d'autres régions et qu'expliquerait peut-être une influence nerveuse.

Pour MADELUNG, de même, la rétraction serait secondaire.

Mais, malgré tout, il résulte des dissections de DUPUY-

TREN, de MASLIEURAT-LAGEMARD, de SEVESTRE, d'ADAMS, de RICHER, de BLUM, de LANCEREAUX, de POLAILLON, de RICHET, etc..., que le principal siège de la lésion se trouve dans l'aponévrose et presque toujours il y a des lésions cutanées concomitantes, mais il ne s'ensuit pas que ces dernières soient primitives, sauf dans des cas très spéciaux, qui ne nous intéressent pas ici.

*
**

Quelle est donc, dans ses détails, l'anatomo-pathologie de la maladie de Dupuytren, telle qu'elle peut être admise aujourd'hui ? Et peut-on l'appliquer à la tuberculose ?

Il ne nous semble pas que la diathèse tuberculeuse puisse créer un processus de sclérose différent de celui qui peut se produire dans telle ou telle autre affection. Au contraire, à notre avis, ce processus devrait être pris comme type, puisque c'est contre les toxines tuberculeuses que l'organisme fait de la sclérose par excellence.

Il n'y a là rien de bien spécial ; nos tissus doivent toujours réagir de la même façon, quelle que soit la cause, lorsqu'il s'agit de transformer quelques fibres normales en fibres plus épaisses et plus denses.

Du reste, on cite assez souvent comme schème de description des lésions anatomo-pathologiques de la maladie de Dupuytren, l'observation de LANCEREAUX (observation VII) publiée par CHEVROT dans sa thèse (Paris, 1882).

Or, il se trouve que cette observation est celle d'un tuberculeux avéré : par suite, rien ne nous sera plus

facile que de mentionner ici les constatations déjà faites en 1882, mais en les rapportant cette fois à l'étiologie que nous croyons plus admissible.

En rapprochant ces données de celles que nous avons eu l'occasion d'observer, on peut, en thèse générale, arriver aux conclusions suivantes :

La peau, le tissu cellulaire sous-cutané et l'aponévrose sont également atteints dans leur structure. La peau est intimement adhérente aux tissus sous-jacents ; d'après P. RICHER (1877), il n'y aurait pas d'altérations, malgré la callosité, l'irrégularité, les nombreux sillons et plis transversaux ; mais, d'après VARIOT (thèse Chevrot), l'épaississement du derme et de l'épiderme est nettement constatable ; il y a disparition des aréoles graisseuses, confusion du derme et de l'aponévrose par processus fibreux, et même épaississement des parois des glandes sudoripares. Somme toute, il y aurait sclérose de tous les tissus fibreux de la main.

Mais c'est surtout l'aponévrose qui présente les plus grandes modifications : en général, elle est sclérifiée, plus dense, parfois même elle peut être « triplée d'épaisseur ».

Les languettes prétendineuses de Legueu et Juvara sont alors d'une absolue netteté, ce sont de véritables travées fibreuses, on dirait presque tendineuses, qui vont s'attacher par de solides insertions sur les tendons eux-mêmes ou sur les côtés des phalanges.

Et comme de l'aponévrose partent, on l'a vu à l'état normal, des tractus fibreux, ces derniers, par sclérose, feront déprimer la peau et produiront ces dépressions signalées depuis si longtemps sur la paume de la main.

Il peut y avoir même sur le trajet des languettes sclé-rifiées de véritables fibromes se traduisant encore par des nodosités saillantes du côté de la face palmaire.

Quelquefois, on observe aussi le rapprochement des bords cubital et radial de la main, des éminences thénar et hypothénar et, par suite, la formation d'un creux caractéristique : ceci serait dû vraisemblablement à la sclérose des fibres « transversales ».

Sans insister plus longuement sur les désordres anatomiques, disons encore, à titre de complément, que les parties profondes de l'aponévrose, fibres profondes, fibres cloisonnantes, doivent, sans nul doute, être semblablement intéressées, si l'affection est de date très ancienne. L'aspect spécial de la main d'un individu porteur d'une rétraction avancée de l'aponévrose palmaire semble en effet le démontrer ; mais étreinte de toutes parts, tant à la face palmaire qu'à la face dorsale, et gêne considérable au moindre mouvement.

Les tendons des fléchisseurs eux-mêmes ne pourraient, dans ces cas extrêmes, facilement jouer et glisser dans leurs gaines et, par conséquent, les mouvements seraient sérieusement compromis.

Toutefois, en général, les lésions n'en arrivent pas là ; presque toujours on trouve les tendons et leurs gaines absolument indemnes.

Nous ne pouvons en outre passer sous silence les lésions dites secondaires ; et, parmi elles, nous mentionnerons volontiers, pour les avoir constatées nous-même, *les lésions d'arthrite sèche* des articulations métacarpo-phalangiennes et phalango-phalangiennes. Ces

arthrites sèches ne seraient-elles pas un argument de plus en faveur de l'opinion que nous défendons ?

A l'exemple de RICHET, nous penserons finalement que la sclérose s'étend beaucoup plus loin que ne le croyait Dupuytren.

« Depuis le derme de la peau jusqu'aux ligaments latéraux des articulations, tous les tissus qui ont pour base la fibre albuginée sont indurés, épaissis, raccourcis. Enfin, les articulations présentent assez souvent des lésions d'*arthrite sèche*, preuve que la rétraction relève d'une *influence diathésique* ».

Cette influence diathésique ne pourrait-elle être attribuée dans ces cas au rhumatisme tuberculeux ?

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC

Dans tous les cas que nous signalons, le début est lent, insidieux ; ce n'est que progressivement que les doigts se fléchissent, que l'induration se manifeste. D'abord, le malade a des sensations de gêne, puis de tiraillement, de fourmillement, quelquefois même de véritable douleur.

Il n'y a donc pas là une symptomatologie spéciale à la tuberculose, puisque c'est la même que nous retrouvons, décrite semblablement chez les auteurs.

Comme toujours, en effet, les tissus de la paume de la main semblent subir une constriction en longueur comme en largeur. Les doigts — le plus souvent l'annulaire et l'auriculaire — s'infléchissent peu à peu, la première phalange sur le métacarpien, la seconde sur la première, la troisième restant généralement en extension.

La paume de la main se creuse de plus en plus, on la voit bientôt parcourue par des brides saillantes, des cordons fibreux séparés par des dépressions plus ou moins larges ou plus ou moins étroites, suivant les cas.

L'affection peut intéresser tous les doigts, la griffe est cependant plus fréquente à constater du côté cubital, un doigt étant assez souvent beaucoup plus fléchi que les autres. Du côté du pouce et de l'index, la rétraction se voit rarement.

Si maintenant on essaye d'étendre les doigts atteints, on éprouve alors une vive résistance ; et l'on voit du côté de la face palmaire des cordons noueux, leur correspondant, devenir saillants à la façon de tendons de muscles qui se contractent.

La peau est calleuse, sèche, ratatinée.

La bilatéralité de l'affection, loin d'être rare, s'observe au contraire dans un très grand nombre de cas.

Au point de vue du diagnostic de diathèse, il va de soi que les antécédents du malade fourniront le plus de documents démonstratifs.

Les procédés de laboratoire, pour déceler la tuberculose, pourront également, dans bien des cas, donner de sérieuses indications (inoculations, séro-diagnostic, injections de tuberculine). Mais il faut ajouter aussi que, bien souvent, les résultats fournis par ces procédés expérimentaux sont négatifs, alors que la clinique, au contraire, nous fait penser à la tuberculose et que l'avenir donnera ensuite raison à cette dernière hypothèse.

Si l'on ne trouve que la tuberculose pour expliquer l'affection ou des antécédents héréditaires tuberculeux, sans rien d'autre, le diagnostic sera facile et il est superflu d'indiquer à cette place les symptômes ordinaires de bacilliose, que tout le monde connaît.

La tuberculose occupe une si large place dans le cadre des affections atteignant l'homme, elle l'attaque si bien sur tous les points de son économie qu'il n'est pas difficile, le plus souvent, de reconnaître son empreinte et qu'on la retrouve assez facilement.

A cet égard, il est vraiment regrettable que les auteurs aient rayé, jusqu'aujourd'hui, la tuberculose du cadre

étiologique dans leurs observations et n'aient eu en vue que syphilis, rhumatisme, goutte, etc...

Nous verrons — ainsi que M. le professeur PONCET l'a signalé le premier — que la tuberculose, le rhumatisme tuberculeux en particulier, est également susceptible de créer la maladie qui nous préoccupe.

Localement, la maladie de Dupuytren peut être confondue avec une série d'affections, dont il importe de bien discerner la nature.

1° En premier lieu, les *rétractions tendineuses* ; ces dernières se distinguent en ce qu'il n'y a pas de modification du côté de la paume de la main, qu'il n'y a ni cordon noueux, ni dépression ; s'il y avait véritablement rétraction tendineuse, il y aurait en plus des adhérences multiples avec les parties voisines qu'il serait facile de découvrir.

D'autre part, comme pour les *contractures simples des fléchisseurs*, les phalanges seraient également fléchies les unes sur les autres, tandis que dans l'affection de Dupuytren la première, la seconde quelquefois sont seules fléchies. On pourrait, à cette occasion, signaler l'affection décrite par LANDOUZY sous le nom de *camptodactylie*, ou rétraction intéressant principalement les fléchisseurs du petit doigt, ainsi que les ligaments unissant les articulations interphalangiennes.

2° *Les rétractions cicatricielles* : brûlures ou plaies quelconques ;

3° *Les plaies et contusions profondes des masses musculaires* (BERGER) ;

4° *Les ankyloses*: doigts en flexion, doigts en marteau ;

5° *Les phlegmons et les panaris profonds ;*

6° *La griffe cubitale nerveuse (éminence hypothénar atrophée), et l'atrophie musculaire progressive ;*

7° *La section des extenseurs ou la paralysie de ces mêmes extenseurs ;*

8° *Certaines déformations des surfaces articulaires, etc...*

Il n'est donc pas inutile de rechercher, avant tout, les signes distinctifs permettant d'établir le diagnostic de rétraction de l'aponévrose palmaire. Grâce aux commémoratifs, à certains symptômes, il sera possible, le plus souvent, de concevoir quelle est bien la cause de la flexion des doigts et, partant, éliminer ou non l'idée de « maladie de Dupuytren ».

CHAPITRE IV

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

En ce qui concerne le pronostic, on comprend aisément que, pour un malade souffrant de rhumatisme tuberculeux ou atteint de tuberculose confirmée, on doive tout d'abord s'enquérir de son état général, ce qui est le plus important.

Au point de vue de la rétraction de l'aponévrose palmaire en elle-même, le pronostic dépend essentiellement de l'état de flexion des doigts ; si les doigts intéressés sont en état de flexion légère, le patient n'aura pas trop à souffrir de son état ; mais si, comme on a l'occasion de le voir souvent, la courbure forme presque un angle droit et même aigu, il y aura une gêne considérable empêchant tout travail manuel. Il appartient, en pareille occurrence, d'appliquer, si possible, un traitement convenable pour parer à une semblable gêne fonctionnelle.

De longue date, on a songé, en effet, à un traitement rationnel de la rétraction de l'aponévrose palmaire ; et le traitement que l'on pourra appliquer, quoiqu'il ait présenté autant de variantes en fait de méthodes ou procédés, que l'œtiologie en fait d'hypothèses, donnera néanmoins quelquefois des résultats satisfaisants.

Ce traitement, en général, tout chirurgical, pourra

très bien convenir à la maladie de Dupuytren d'origine tuberculeuse. Aussi n'insisterons-nous guère à propos des différents procédés déjà employés : nous ne ferons que les mentionner à titre de renseignements, laissant au praticien le choix de la méthode qui lui conviendra le mieux. Toutefois, il faut bien avouer que le traitement le plus efficace n'est autre que l'ablation par excision de tous les tissus sclérosés et rétractés, en faisant ensuite, suivant la *méthode italienne modifiée*, une greffe sur les parties de la main ainsi laissées découvertes.

Ainsi que nous venons de l'indiquer, les procédés chirurgicaux ont subi de grandes variations. Signalons les principaux en passant :

1. — Sections à ciel ouvert.

DUPUYTREN ne voyant dans l'affection qu'il a décrite qu'une lésion unique de sclérose et d'induration intéressant l'aponévrose, faisait à ciel ouvert une section transversale des brides fibreuses ; mais, comme bien l'on pense, une pareille tentative exposait fatalement à de nouvelles récidives par le fait même de la cicatrisation.

GOYRAND D'AIX fait, au contraire, une incision longitudinale et met ainsi à nu les brides fibreuses pour en pratiquer plus facilement la section.

RICHEL s'inspire du même procédé en sectionnant par deux fois, transversalement, une première incision longitudinale de façon à former deux lambeaux qui, soulevés et relevés, donnent libre accès au bistouri.

BUSCH, ainsi que MADELUNG, taillaient un lambeau de peau triangulaire. C'est de ce procédé dont parle le

professeur Weinlechner dans l'observation VIII, que nous rapportons plus loin. LANNELONGUE a repris cette méthode en la perfectionnant.

II. — Section sous cutanée des brides.

Cette méthode est indiquée par ASTLEY COOPER, par ADAMS, ainsi que par TRÉLAT. Ce dernier, après ponction de la peau avec un ténotome aigu, libérait les adhérences sous-cutanées et aponévrotiques au moyen d'un ténotome mou et, pour se débarrasser des brides fibreuses, faisait une série de sections transversales.

III. — Aponévrectomie. Méthode italienne.

Enfin, ROCHER et Paul BERGER pratiquent l'*aponévrectomie*. Paul Berger, suivant la *méthode italienne modifiée*, enlève tous les tissus rétractés de la main et greffe sur les parties ainsi mises à nu un lambeau de peau emprunté au tronc qu'il laisse pendant un certain temps adhérent à son pédicule primitif.

En outre de ces procédés chirurgicaux, de l'extension continue, des massages, des gants caoutchoutés, on a voulu essayer encore des moyens médicaux, tels que l'iodure de potassium, les sulfures, les alcalins.

Pour ce qui est de la rétraction de l'aponévrose palmaire *d'origine tuberculeuse*, le traitement n'est pas différent, nous l'avons dit, au point de vue chirurgical,

Au point de vue médical, il sera surtout nécessaire de faire aussi un traitement général approprié ; car il ne faut pas l'oublier, nous nous trouvons en présence de tuberculeux et, en plus de la *lésion locale*, exigeant, à proprement parler, un traitement chirurgical, il faut également diriger ses efforts contre l'affection première par tous les moyens qu'à l'heure actuelle nous connaissons.

CHAPITRE V

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE RHUMATISME TUBERCULEUX

Nous avons présenté dans son ensemble la rétraction de l'aponévrose palmaire, lorsqu'elle pouvait être considérée comme provenant de la diathèse tuberculeuse, tout en tâchant de rapprocher notre théorie des données déjà acquises en anatomie pathologique, symptomatologie ou traitement.

Il nous reste — et nous avons préféré mettre ce chapitre à part à la suite des précédents — à démontrer qu'en étiologie la tuberculose pouvait, elle aussi, être invoquée.

C'est là, peut-être, une hypothèse nouvelle, mais qui a sa valeur d'être aussi bien que toutes les hypothèses qu'on a bien voulu envisager à l'occasion d'une affection aussi bizarre, aux yeux de la plupart. Sans nier les différentes étiologies admises jusqu'à présent — toutes ont une grande part de vérité — il faut bien admettre que la lumière n'est pas encore faite à ce sujet.

Cependant, dans bien des cas, les causes incriminées par les auteurs semblent suffisamment expliquer l'affection de Dupuytren. Mais, plus d'une fois aussi, on ne pouvait fournir aucune raison ; ne serait-il pas possible de supposer qu'alors, si on avait cherché des antécédents

tuberculeux, on les aurait trouvés, sinon toujours, du moins quelquefois.

En admettant ainsi que cette maladie si répandue, plus répandue certes que n'importe quelle autre, joue un rôle dans le développement de la maladie de Dupuytren, nous n'excluons nullement les autres causes générales, telles que la goutte, le rhumatisme simple, la syphilis, etc.; pas plus que nous n'excluons les causes mécaniques ou traumatiques qui peuvent agir localement sur les tissus de la main.

Aussi, nous faisons-nous un devoir d'indiquer ici, d'une façon générale, les théories étiologiques qui sont décrites partout, dans tous les livres classiques.

*
**

DUPUYTREN, le premier en date, ne voit pour la rétraction de l'aponévrose palmaire qu'une seule cause : le *traumatisme*.

GOYRAND, SAMSON, MADELUNG se rangent plus tard à cette opinion.

Il s'agirait là d'un processus irritatif constant dû à des froissements, à des frottements répétés, à des cicatrices cutanées ou sous-cutanées fort nombreuses ; et les gens qui en seraient atteints seraient surtout des individus accomplissant des travaux manuels continus. Tantôt ce seraient des menuisiers, des cordonniers qui se traumatisent journellement les mains ; tantôt des cochers, des forgerons, des maîtres d'armes qui subissent dans la paume de la main des frottements très fréquents.

Mais à côté des cas qui pouvaient simplement s'ex-

pliquer par des influences exclusivement locales, il y en eut bientôt d'autres, dont on ne pouvait bien discerner la nature étiologique sans faire intervenir une maladie diathésique quelconque — tuberculose mise à part.

Le *rhumatisme*, la *goutte*, le *diabète*, le *saturnisme*, la *syphilis*, etc..., sont tour à tour recherchés dans les antécédents des malades et, plus d'une fois, le rapprochement est rationnel, car on peut réellement entrevoir une relation de cause à effet.

GUERIN affirme le premier (*Journal de Championnière*, 1843) l'étiologie rhumatismale. MENJAUD, dans sa thèse, donne, en ce qui concerne la goutte, une série d'observations des plus concluantes. COSTILHES, également dans sa thèse, cite des cas de rétraction dans l'*intoxication saturnine*. EULENBURG incrimine l'*alcoolisme*. RICORD et A. RICHTER pensent à la syphilis ; d'autres auteurs au diabète.

Enfin, la sclérose de l'aponévrose palmaire coïnciderait avec d'autres scléroses (foie, artères, pénis...) ; on invoquerait ainsi la *sclérodermie* (MALGAIGNE, GERDY, BAUM).

Avec LANCEREAUX, il faudrait conclure à une affection *d'origine nerveuse*. Antérieurement déjà, il avait parlé *d'herpétisme*.

Ajoutons, d'autre part, fait curieux, que la maladie de Dupuytren peut se rencontrer chez plusieurs membres d'une même famille : l'*hérédité* serait donc à considérer.

*
* *

Les opinions, on le voit, ont été nombreuses pour ex-

pliquer l'origine de la rétraction de l'aponévrose palmaire.

La *tuberculose* pourrait-elle, de même, entrer en ligne de compte et nous éclairer sur l'étiologie de certains cas ?

Suivant en cela les idées de notre maître, M. le professeur PONCET, nous pensons que :

« Le virus tuberculeux peut entraîner une inflammation lente, scléreuse, régressive, des tissus albuginés de la paume de la main, au même titre qu'il produit par exemple des arthropathies sèches, plastiques, ankylosantes..... »

Du moment, en effet, que l'on admet que la sclérose des parties aponévrotiques de la main peut être engendrée ou plutôt favorisée par une cause générale, telle qu'une infection ou une intoxication (alcoolisme, goutte, syphilis, etc...), il est tout aussi naturel de songer à l'influence possible d'une maladie à coup sûr des plus infectieuses : la bacillose, la « maladie sur-infectieuse », comme on l'a dit.

Or, l'on sait que l'on peut maintenant distinguer :

1° Des *lésions tuberculeuses proprement dites* ;

2° Et des lésions inflammatoires, parmi lesquelles le *rhumatisme tuberculeux*.

Pour nous rendre compte de la *pathogénie* de la maladie de Dupuytren, telle que nous la comprenons en rédigeant nos observations, nous devons nous arrêter au diagnostic de *rhumatisme tuberculeux abarticulaire*.

Dans le rhumatisme tuberculeux, il ne s'agit pas, cela a été amplement démontré, de lésions tuberculeuses confirmées ; nous n'y voyons aucune altération spécifique

des tissus, pas de tubercules, pas de fongosités, pas de pus, rien de tout cela. Nous nous trouvons en présence d'une *tuberculose mitigée, relativement bénigne*, se manifestant extérieurement, quelquefois par des symptômes exclusivement articulaires, souvent aussi, ces derniers manquants, par des symptômes exclusivement ab-articulaires : cardiopathies, méningopathies, névropathies, pleurésies, péricardites..., etc. ; rétraction de l'aponévrose palmaire.

Autrement dit, la mention *rhumatisme tuberculeux*, — nous ne craignons pas d'insister sur ce point — signifie uniquement qu'il y a chez un malade une série de manifestations d'apparence rhumatismale et « d'origine tuberculeuse ». Ces manifestations s'observent soit dans les articulations : rhumatisme tuberculeux articulaire, soit sur d'autres organes : gaines tendineuses, muscles, nerfs, artères, système osseux, viscères, aponévroses, etc... ; rhumatisme tuberculeux ab ou extra-articulaire. Ce sont des phénomènes d'ordre *inflammatoire* purement et simplement.

C'est grâce aux travaux de M. le professeur PONCET et de ses élèves qu'on a pu arriver à une notion vraiment nette du rhumatisme tuberculeux ; pour la première fois il en était parlé au Congrès de chirurgie de 1897. Les formes cliniques et sa symptomatologie ont été décrites de la façon la plus complète.

« Tantôt ce sont de vagues douleurs, spontanées ou provoquées, plus ou moins localisées aux articulations, ou s'étendant dans la continuité des membres. Tantôt ce sont des arthrites aiguës, subaiguës, mono-, polyarticulaires, offrant tous les caractères du rhumatisme

franc, d'un pseudo-rhumatisme ; tantôt ce sont des arthropathies chroniques, offrant l'aspect de telle ou telle variété de rhumatisme chronique, assez ordinairement l'aspect noueux déformant. »

Et a côté de ce rhumatisme tuberculeux simple, il convient de placer, ce qui nous préoccupe le plus, le *rhumatisme tuberculeux abarticulaire*, ce dernier pouvant être *primitif* ou *secondaire*. En lui rattachant quelques cas de rétraction de l'aponévrose palmaire — d'autres s'enregistreront sans doute par la suite — nous fournissons ainsi une preuve de plus pour ce qui est des localisations extra-articulaires du poison tuberculeux.

Remarquons, comme nous l'avons déjà énoncé, que de semblables vues n'éliminent pas le moins du monde l'idée de traumatismes répétés en tant que cause locale, qu'il s'agisse de maçons, de serruriers, de maîtres d'armes, de menuisiers ou de forgerons. Il n'y a là, à notre avis, qu'une cause manifestement occasionnelle.¹

L'hérédité même, dans la maladie de Dupuytren, ne vient pas fournir un argument contre notre affirmation ; car personne n'ignore la question du terrain tuberculeux qui se transmet malheureusement de génération en génération.

Comment donc nous expliquer la sclérose des tissus blancs de la paume de la main, si nous l'attribuons au rhumatisme tuberculeux abarticulaire ?

S'agit-il là d'une lésion bacillaire locale, ou d'une manifestation simplement toxique ?

Le processus doit être sans doute identique à celui des autres intoxications ; du moins c'est ce qui résulte de l'observation des quelques cas que nous relatons,

« Il est infiniment probable, dit M. le professeur Poncet, d'après ce que nous en savons, que les arthropathies sont dues, le plus habituellement au poison tuberculeux, à la localisation de la tuberculine sur les synoviales...

« Cette hypothèse devient presque une certitude lorsqu'on songe à la pathogénie nettement établie des arthropathies survenant dans d'autres infections, lorsqu'on se rappelle les effets sur les jointures de la lymphé de Koch... »

Ne sommes-nous pas en droit de supposer, à notre tour, que les tissus de la paume de la main, tout comme les séreuses articulaires, se laissent attaquer par le poison bacillaire, la tuberculine ?

En d'autres termes, s'il faut rapprocher les lésions articulaires qui n'ont aucun caractère histologique revêtant l'allure tuberculeuse, des lésions que les toxines bacillaires peuvent produire au niveau des reins, du pancréas, de la peau..., on peut également attribuer à une toxémie locale l'atteinte de l'aponévrose palmaire.

Cette atteinte doit, comme pour le rhumatisme tuberculeux ordinaire, être vraisemblablement le résultat d'une « toxi-infection » d'origine tuberculeuse, le poison tuberculeux, ou bien provenant de foyers tuberculeux virulents situés à distance, décelables ou non, ou bien encore étant élaboré dans le tissu circulatoire même.

Elle s'explique d'autant mieux que nous savons pertinemment, d'après l'étude des arthropathies appartenant au rhumatisme tuberculeux, que le processus inflammatoire occasionné par les toxines bacillaires peut aller « depuis la congestion simplement douloureuse, fugace, jusqu'à la sclérose la plus typique...; et il ne faut point

un grand effort d'imagination pour assimiler l'inflammation des tissus albuginés de la paume des mains, à celle d'autres tissus blancs, des ligaments, des capsules articulaires, etc., et les identifier entre elles (1) ».

(1) *Médecine moderne*, 24 février 1904. Leçon de M. le professeur A. Poncet.

CHAPITRE VI

OBSERVATIONS

— Dans l'observation I, nous nous trouvons en présence d'un tuberculeux pulmonaire, ayant également un mal de Pott dorso-lombaire, avec parésie des membres inférieurs. Les différentes lésions rencontrées à l'autopsie chez ce malade ne peuvent être attribuables qu'au poison tuberculeux ; aucune autre étiologie à signaler ; une cause professionnelle ne peut guère non plus être invoquée.

Somme toute, on ne trouve des lésions tuberculeuses vraies, au sens anatomo-pathologique de ce mot, que dans les poumons.

Du côté des autres organes : cœur, appareil respiratoire, ganglions, squelette, articulation des doigts, il n'y a que des lésions sèches, sans pus, sans granulations.

Ce sont là des lésions pour ainsi dire paratuberculeuses par tuberculinisation.

Au niveau des poumons se trouvait, au contraire, un foyer virulent qui rayonnait sur les autres points de l'organisme, agissant là par toxines et créant ainsi de toutes pièces les lésions énumérées.

— L'observation II nous montre un malade dans le passé duquel on remarque une bronchite chronique sus-

pecte, en même temps que des douleurs rhumatoïdes. L'examen clinique pratiqué par M. PIÉRY, chef de clinique de M. le professeur BONDET, démontre clairement l'existence d'une tuberculose actuellement dense et bilatérale.

— Le malade de l'observation III ne signale aucun antécédent intéressant. En outre d'une synovite fongueuse des extenseurs et des fléchisseurs de la main gauche, il présente un testicule tuberculeux et des lésions pulmonaires bacillaires.

— L'observation IV, rédigée primitivement par M. LERICHE, interne de M. le professeur agrégé ROGUE, est très démonstrative. La maladie de Dupuytren est apparue en même temps que survenaient les accidents pulmonaires. Or, ici encore, on ne peut incriminer ni syphilis, ni alcoolisme, ni goutte, ni aucune autre cause générale, sauf la tuberculose. D'autre part, pas d'étiologie professionnelle à noter.

— Dans l'observation V, due à M. le professeur agrégé BÉRARD, est rapporté un cas de rétraction de l'aponévrose palmaire, avec névrite du membre supérieur droit. Il s'agit d'un malade ayant eu préalablement une pleurésie et plusieurs abcès froids et chez lequel tous les phénomènes observés relèvent manifestement d'une tuberculose atténuée.

— L'observation VI est aussi typique que les précédentes, en ce sens qu'elle nous montre un bacillaire ayant une rétraction de l'aponévrose palmaire et présentant aussi des symptômes de rhumatisme tuberculeux articulaire. Ainsi que le rapporte M. le professeur PAVIOT, le malade considérait son rhumatisme aussi bien que sa

réfraction palmaire comme une même manifestation d'« arthritisme ». A l'heure actuelle, nous n'ignorons pas ce que l'on doit penser de l'arthritisme chez un tuberculeux ; pareille question a été assez largement traitée pour que nous n'y revenions pas ici. Qu'il nous suffise d'ajouter que, chez ce malade encore, le salicylate de soude, qui peut être considéré à certains égards comme pierre de touche en fait de diagnostic, n'a nullement amendé ses douleurs ni fait régresser plus vite l'affection articulaire.

— Nous rapportons de même dans l'observation VII un cas observé par LANCEREAUX. Ce dernier parle d'herpétisme et semble attribuer la maladie de Dupuytren à la diathèse herpétique. N'est-il pas plus rationnel de penser que chez le malade en question, tuberculeux et mort de son affection bacillaire, les lésions sclérosiques de la main sont imputables à sa tuberculose plutôt qu'à tout autre cause ?

Actuellement, du reste, l'herpétisme, en tant que diathèse, est identifiée à l'arthritisme. Nous revenons par conséquent à dire ce que nous avons laissé entrevoir en discutant l'observation VI, à savoir que chez ce malade le soi-disant herpétisme et la tuberculose ne constituaient probablement qu'une seule et même toxi-infection.

Observation VIII. — Cette observation est encore bien probante en fait d'étiologie générale, puisqu'on ne trouve que la tuberculose dans les antécédents du patient.

Enfin, dans l'observation IX, recueillie dans le service de M. le professeur VILLARD, les symptômes trouvés chez ce malade sont aussi concluants ; non seulement la rétraction de l'aponévrose palmaire, à droite, peut être

attribuée à la tuberculose, mais encore la sclérose des gaines des fléchisseurs, l'ankylose des articulations interphalangiennes à la main gauche, à la suite d'un traumatisme de l'épaule, nous montrent bien que chez ces tuberculeux, il suffit bien souvent d'un point faible quelque, *locus minoris resistentiæ*, pour assurer l'attaque des tissus par le virus tuberculeux.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Annexe de la salle Saint-Philippe (Service de M. le professeur Poncet.)

Rétraction de l'aponévrose palmaire double. — Mal de Pott. — Tuberculose pulmonaire.

J. L..., cinquante-cinq ans, de la Loire, garçon de cuisine. Entré le 19 novembre 1903, décédé le 12 mai 1904.

Antécédents héréditaires. — Père mort de fluxion de poitrine.

Mère morte de « catarrhe pulmonaire », affection qui, au dire du malade, aurait duré fort longtemps.

Antécédents collatéraux. — Dix frères ou sœurs, dont quatre morts d'affection indéterminée.

Sa femme a succombé à la suite d'une méningite tuberculeuse.

Antécédents personnels. — Cinq enfants, dont un emporté par la diphtérie à l'âge d'un an et un autre à vingt-trois ans, de « phtisie galopante ».

En ce qui concerne le malade lui-même, on note dans ses antécédents une blennorrhagie, pas de syphilis, un éthylisme ancien peu marqué. Il fut atteint, à l'âge de vingt et un ans, d'une affection aiguë, dont il ne peut préciser la nature. A

vingt-sept ans, il eut une bronchite qui, depuis cette époque, devint chronique. En 1895, sciatique qui parut s'atténuer pendant quelque temps, pour reparaitre double cinq ans plus tard. Le malade se remit plus ou moins bien de sa sciatique et put, pour un instant, reprendre son travail, bien que ses jambes fussent encore très faibles. En 1900, son état empira avec sa faiblesse et lui interdit la moindre fatigue. Depuis ce moment, le malade passe d'hôpital en hôpital, à Paris, à Lyon.

Il entre à l'Hôtel-Dieu parce qu'il ne peut presque plus marcher, et aussi parce qu'il tousse.

Le malade se plaint, en outre, d'avoir eu, à plusieurs reprises, des douleurs rhumatoïdes.

La rétraction de l'aponévrose palmaire double daterait de trois à quatre ans, ayant débuté primitivement par la main droite. A la main gauche, toutefois, la rétraction s'est accentuée davantage, si bien que l'annulaire, de ce côté, s'est complètement fléchi, petit à petit, dans la paume de la main.

Etat actuel. — A la main droite, la rétraction se serait améliorée et, actuellement, en effet, on voit que le malade peut étendre ses doigts d'une façon assez parfaite, bien que le médus et l'annulaire ne peuvent s'étendre aussi parfaitement que l'index et le petit doigt et restent environ 1 centimètre en arrière d'eux.

D'autre part, on constate que la face palmaire de la main est comme creusée et on la voit parcourue par deux brides saillantes, l'une plus manifeste allant au médus, l'autre bien moins, se rendant à l'annulaire. Si maintenant l'on procède à la palpation, ces deux brides sont nettement perçues comme des cordons durs, fibreux, noueux par endroits, et cela est surtout marqué pour celle se rendant au médus. Le malade peut étendre sa main, mais le creux de la face palmaire persiste, ainsi que les brides déjà signalées : les doigts annulaire et médus arrivent presque au niveau des autres doigts.

Tout autre est l'aspect de la main gauche : on constate de suite la rétraction complète de l'annulaire, le médus et le

petit doigt semblent participer à la flexion, le petit doigt beaucoup plus que le médus, mais la flexion de ces deux derniers doigts n'est pas bien considérable, étant donnée celle de l'annulaire. On voit, pour ce dernier, une flexion considérable de la phalange sur le métacarpien correspondant ; la deuxième phalange, à son tour, est fléchie à angle droit sur la première, mais la dernière ou phalangette est en extension forcée sur la deuxième, de telle sorte que deuxième et troisième phalanges réunies dessinent à leur face supérieure une courbe à concavité dirigée en haut. Le petit doigt concourt également à la flexion, mais ici c'est une flexion bien moins marquée des deux premières phalanges. Il en est de même du médus, qui est cependant moins rétracté que le petit doigt.

Si l'on fait faire au malade des mouvements d'extension, l'annulaire reste pour ainsi dire tel quel, ainsi que le petit doigt; le médus s'étend quelque peu ; l'index et le pouce paraissent indemnes. Vient-on à essayer d'étendre par force la main du malade, on ne le peut, et l'on voit se dessiner alors sur la face palmaire des brides saillantes que l'on peut palper et limiter surtout du côté de l'annulaire, donnant ici, comme pour la main droite, une sensation dure et noueuse par places.

Dans les deux cas, soit à la main droite, soit à la main gauche, le derme est induré, avec petites nodosités fibreuses. Pas de douleur à signaler.

A l'examen de la *colonne vertébrale*, on constate une gibbosité peu volumineuse, surtout accentuée vers la huitième et la neuvième vertèbres dorsales, douloureuse à la palpation, cette douleur vive s'irradiant dans la colonne. Les troubles moteurs, l'hyperesthésie des membres inférieurs, l'exagération des réflexes rotuliens, les troubles sphinctériens passagers, perte des urines et des matières de temps en temps, tout cela est l'indice vraisemblable d'un mal de Pott dorsal.

Aux poumons. — A l'inspection, aspect amaigri très notable, surtout au-dessus et au-dessous de la clavicule.

A la palpation, submatité à gauche.

A l'auscultation, diminution de la respiration et retentissement de la toux à gauche. Très nombreux râles ronflants et sibilants. Expectoration muco-purulente abondante.

La température vespérale oscille entre 38 et 39 degrés.

Un peu d'albumine dans les urines.

1^{er} mai 1904. — Aggravation de l'état général. Apparition d'une teinte bronzée des téguments très nette.

6 mai 1904. — L'état général devient de plus en plus mauvais le pouls est à 110; la respiration est entrecoupée de hoquets. Râles trachéaux. Le malade est particulièrement gêné par son hoquet qui est apparu il y a cinq à six jours.

Température, 39°4 le matin, 39°8 le soir.

A l'auscultation, aux bases, râles sibilants et abolition du murmure vésiculaire.

10 mai 1904. — Coloration de plus en plus bronzée de la face. Voix éteinte. Cachexie considérable.

12 mai 1904. — Mort.

AUTOPSIE

Pratiquée par M. le professeur A. Poncet et M. Maurice Mailland.

MAIN DROITE (face palmaire). — Pas de flexion des doigts, pas de déformation apparente. Derme induré, aminci, aponévrose palmaire également amincie, mais très dure et résistante. Rien du côté des gaines tendineuses et des tendons.

MAIN GAUCHE. — Ablation de l'*annulaire gauche* et des tissus malades correspondants de la paume de la main. Induration fibreuse du derme se confondant avec l'*aponévrose palmaire indurée à son tour et épaissie*. Rien du côté des gaines tendineuses et de leurs tendons.

Lésions d'*arthrite sèche* de l'articulation métacarpo-phalangienne correspondante et surtout de l'articulation phalango-phalangienne fortement fléchie. La synoviale est rouge, injectée et laisse suinter en très petite quantité une substance fluide un peu fongueuse à l'aspect.

POUMONS. — Lésions *tuberculeuses* manifestes, prédominant aux sommets. Le poumon gauche est le plus atteint. Infiltration granuleuse confluyente, granulations abondantes, sclérose, gros tubercules de la dimension d'une noisette, caséifiés. Pas de cavernes. Plèvres indemnes. Pas de liquide, poumon gauche légèrement adhérent. Aucun des noyaux caséeux ne paraît s'ouvrir dans les bronches.

CŒUR ET VAISSEAUX. — Plaques blanchâtres sur le péricarde viscéral, pas de liquide, lésions valvulaires très marquées ; valvule mitrale surtout insuffisante et rétrécie, en même temps que très athéromateuse.

Petites plaques d'athérome sur l'aorte.

GANGLIONS. — Médiastinaux nombreux, noirs, du volume d'une grosse noisette, pas d'abcès, pas de caséification. Nombreux ganglions mésentériques.

CAPSULES SURRÉNALES. — Des deux côtés, molles, diffluentes, des grumeaux grisâtres, ressemblant à de la substance caséifiée. Mais il n'y a pas de pus ni de granulations à proprement parler.

REINS. — Lésions de néphrite interstitielle (gros rein blanc).

RATE. — Congestionnée.

RACHIS. — Scié verticalement. Le tissu de tous les corps vertébraux est particulièrement rouge (moelle fœtale). Pas de lésion apparente. Rien non plus du côté des disques intervertébraux.

Tissu spongieux, dur, résistant.

Au niveau de la *gibbosité*, tissu spongieux plus rouge. Coloration lie de vin ; ce tissu est d'apparence un peu grenue, se laisse facilement couper au couteau et présente les lésions typiques de l'ostéite raréfiante. On ne note cependant ni cavernes tuberculeuses, ni de noyaux de caséification intra-osseux.

Disques intervertébraux correspondants amincis, comme usés, d'une coloration rose grisâtre.

OBSERVATION II (personnelle).

(Service de M. le professeur Poncet.)

Rétraction double de l'aponévrose palmaire. — Tuberculose pulmonaire dense et bilatérale.

E. D..., soixante-dix ans, de l'Isère, boulanger, salle Saint-Philippe.

Antécédents héréditaires. — Père asthmatique mort à soixante-neuf ans.

Mère morte à vingt-cinq ans, d'une affection indéterminée, qui aurait duré une année environ.

Antécédents collatéraux. — Frère bien portant, sœur morte en bas âge.

Femme morte cancéreuse.

Antécédents personnels. — A signaler un fils mort de tuberculose à l'âge de vingt-six ans. Le malade aurait un autre fils, qui présenterait également une rétraction de l'aponévrose palmaire à un degré moindre (47 ans).

Pas de syphilis, pas de blennorragie.

Le malade déclare qu'en 1873, alors qu'il avait trente-neuf ans, il eut des douleurs « un peu partout », dans le dos, dans les chevilles, les genoux, etc., avec gonflement successif de ces articulations, et a souffert au lit pendant neuf mois environ. Et, à cette même époque, le malade affirme avoir toussé beaucoup, avec expectoration purulente; d'autre part, il présenta un amaigrissement considérable et des sueurs nocturnes très abondantes.

Le malade a, depuis cette époque, toujours toussé et craché « épais »; il y a un an, il aurait eu une légère hémoptysie qui n'eut pas de suites et ne se renouvela pas.

Quant à la rétraction double de l'aponévrose palmaire, elle daterait de cinq à six ans et aurait débuté par une sensation

de gêne qui s'est accrue progressivement, si bien que le malade a dû quitter son métier de boulanger.

Etat actuel. — Actuellement, on constate tout d'abord une rétraction de l'aponévrose palmaire aux deux mains, plus marquée à droite.

A droite, en effet, on voit une forte flexion à angle droit de l'annulaire, flexion qui porte à l'union de la première phalange et de la seconde, la première phalange étant elle-même fléchie sur le métacarpe ; la troisième et la deuxième forment, elles, un tout rigide absolument rectiligne. Le petit doigt et le médus participent à la flexion, surtout le petit doigt, mais il ne s'agit ici que d'une légère flexion n'atteignant nullement le degré de rétraction de l'annulaire. D'autre part, le pli de flexion correspondant à l'articulation métacarpo-phalangienne des trois derniers doigts est excessivement marqué et délimite un creux très net. Si l'on procède à la palpation, on sent une corde rigide, dure, avec nodosités saillantes parcourant à peu près l'axe de la main et se rendant à l'annulaire.. Ce dernier ne peut être étendu ni activement ni passivement. Le petit doigt et le médus peuvent, au contraire, subir un mouvement d'extension, minime, il est vrai. Il va sans dire que les mouvements de flexion se font avec la plus grande facilité.

A la main gauche, il s'agit de la même lésion, identiquement ; mais la rétraction de l'annulaire est moins marquée, ainsi que celle, du reste, des autres doigts. En ce qui concerne l'annulaire, il n'y a pas flexion à angle droit de la phalangine sur la phalange, il est fléchi simplement au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne. Ici encore, on perçoit au palper une corde dure, saillante, noueuse par endroits, qui part de la paume de la main au troisième doigt : elle est très raccourcie, comme pour la main droite.

APPAREIL RESPIRATOIRE. — *Signes physiques.* — L'inspection ne dénoté rien de particulier, sauf un certain degré d'emphysème du thorax. Pas d'amaigrissement aux régions sus- et sous-claviculaires.

Poumon droit. — En arrière, au sommet, submatité avec

résistance au doigt, exagération des vibrations vocales, souffle bronchique, bronchophonie, pectoriloquie aphone.

Dans le reste du poumon, inspiration un peu rude et obscure, expiration légèrement prolongée. Quelques râles bronchiques fugaces, sonorité normale.

En avant, au sommet, sonorité exagérée, vibrations normales. Respiration soufflante. Expiration prolongée.

Poumon gauche. — En arrière, au sommet, sonorité et vibrations normales.

Respiration soufflante bronchophonie et pectoriloquie aphone dans le reste du poumon, respiration normale. Expiration prolongée toutefois, avec quelques râles disséminés et fugaces après toux.

Diagnostic. — Tuberculose pulmonaire *dense*, bilatérale, à prédominance droite avec emphysème léger.

Injection de tuberculine. Dilution n° 1.

2 mai. — Températures prises toutes les deux heures :

Midi	37°7
2 heures	37°5
4 heures	37°4
6 heures	37°6

5 mai. — Dilution n° 2.

Midi	37°4
2 heures	37°3
4 heures	37°3
6 heures	37°3

Examen du sang le 14 mai.

Séro-diagnostic tuberculeux négatif.

Pas d'agglomération, même au cinquième.

OBSERVATION III

Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Villard.
(Hôpital de la Croix-Rousse.)

Rétraction de l'aponévrose palmaire. — Synovite fongueuse des extenseurs et des fléchisseurs de la main gauche. — Testicule tuberculeux ; pas d'intervention. — Tuberculose pulmonaire.

J. P..., soixante-dix-sept ans, constructeur.

Bonne santé antérieure. Rien de spécial comme antécédents. Quatre enfants, dont trois morts; un survivant, avec toutes les apparences de la santé.

Il y a douze ans, tiraillement dans le médius de la main gauche : ce doigt se fléchit de plus en plus sur la main, en dépit de tous les efforts de redressement tentés par le malade.

Pendant longtemps, la flexion est restée limitée à ce doigt ; les deux autres doigts de son bord cubital sont restés intacts jusqu'à ces derniers temps.

Actuellement, flexion prononcée du médius, la phalange fléchie sur la main, la phalangine sur la phalange, la phalange est intacte.

Bride saillante à la paume de la main correspondant au doigt fléchi ; épaissement épidermique à ce niveau.

L'annulaire et le petit doigt se sont fléchis depuis quelque temps ; il est impossible de les redresser. Pas de brides leur correspondant à la paume de la main.

À la même main, on note à la face dorsale une tuméfaction indolore, immobilisable, paraissant de nature fongueuse.

À la face antérieure de l'avant-bras, à un travers de doigt au-dessus de l'interligne radio-carpien, tuméfaction de même nature. Adénopathie axillaire.

Au testicule droit, grosseur facilement perceptible à la par-

tie inféro-postérieure de l'organe : on reconnaît l'épididyme induré, hypertrophié.

Au-dessus de cette masse, il est possible de retirer le testicule qui ne paraît pas altéré. Mais il est entouré de liquide : liquide d'hydrocèle symptomatique.

Adénopathie de l'aine.

Pointe de hernie à droite.

Signes non douteux de tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION IV

(Leçon du professeur A. Poncet, *Médecine Moderne*,
24 février 1904.)

*Rétraction de l'aponévrose palmaire. — Tuberculose
pulmonaire.*

« Dans le cas présent, il s'agit d'un homme âgé de cinquante ans, exerçant la profession de liseur dans un petit village du Dauphiné, où l'industrie de la soie est florissante. Soit dit, en passant, sa profession est plus oculaire que manuelle. On ne saurait donc déjà chez lui invoquer dans l'étiologie de la rétraction des tissus blancs de la main une des causes professionnelles si bien mises depuis longtemps en lumière et qui se résument dans des frottements, dans des pressions répétées.

« Cet homme s'est toujours bien porté jusqu'à l'âge de quarante-six ans. Il a fait cinq années de service militaire en France. Il ne paraît être ni syphilitique, ni alcoolique. En l'interrogeant avec soin, on ne trouve aucune tare, soit héréditaire, soit acquise. Sa première maladie fut, il y a quatre ans, une pneumonie avec angine et otite. Il resta malade trois mois environ. Il ne se remit complètement que petit à petit, mais sans jamais, dit-il, retrouver sa belle santé première. Le fait est qu'à la suite de sa pneumonie de nature douteuse, on lui fit de nombreuses pointes de feu au sommet droit, en avant

et en arrière. Son état de santé était à peu près satisfaisant jusqu'à ces cinq derniers mois, mais, depuis, il se porte moins bien, son appétit a diminué, il se sent moins fort, il a maigri de 8 kilogrammes. Enfin, depuis trois semaines point de côté axillaire à gauche, lassitude générale qui lui a fait cesser son travail, toux sèche, parfois quinteuse, qui le réveille fréquemment la nuit, sueurs nocturnes abondantes, etc.

« Les signes stéthoscopiques du poumon gauche expliquent ces modifications de l'état général. Nous nous trouvons en face d'une tuberculose pulmonaire d'allure subaiguë en pleine évolution.

« En même temps que l'état général de ce malade devenait moins bon et que survenaient des accidents pulmonaires, il s'apercevait d'une certaine gêne dans les mouvements des mains. Il constatait dans la paume des deux côtés une induration qui allait progressant, puis une rétraction de certains doigts qui est aujourd'hui typique. Cette rétraction porte à gauche sur les trois derniers doigts, le pouce commence à être envahi ; à droite, les lésions, un peu moins avancées, occupent les deux derniers doigts. Au niveau d'un des tendons fléchisseurs, on perçoit, de ci, de là, de petits grains très durs qui laissent supposer que la sclérose porte non seulement sur le derme, sur l'aponévrose palmaire, mais aussi sur une des gaines tendineuses sous-jacentes. »

OBSERVATION V

(De M. le professeur agrégé Bérard, *Médecine Moderne*,
24 février 1904.)

Rétraction de l'aponévrose palmaire avec névrite du membre supérieur droit, dont l'origine toxi-bacillaire est des plus probables.

« En août 1899, M. le professeur agrégé Bérard opérait, dans le service de M. le professeur Poncet, un homme âgé de qua-

rante et un ans, pour un abcès froid de la paroi thoracique consécutif à une pleurésie droite. La collection en bouton de chemise s'étendait largement sous la paroi costale. Je dus, pour la drainer, réséquer, sur une longueur de 5 à 6 centimètres, les troisième, quatrième et cinquième côtes droites dénudées. Les suites furent des plus simples, bien que l'obturation de la plaie eût nécessité plusieurs mois pour s'effectuer.

« En 1900, sans autre cause appréciable, le malade constata que tout le membre supérieur droit devenait plus maigre et plus faible. Il vint se faire examiner. Il fut alors très facile de reconnaître des signes de névrite, surtout accentués dans le domaine du cubital et du médian, avec troubles de la sensibilité cutanée, hyperhydrose et hypertrichose, atrophie musculaire de tous les groupes, mais principalement des fléchisseurs des doigts. Les symptômes cédèrent partiellement à des douches de vapeur et à l'électrisation. Je n'avais trouvé dans les antécédents ni syphilis, ni alcoolisme ni intoxication professionnelle, ni traumatisme local, mais seulement une adénite discrète de l'aisselle.

« En 1901, alors qu'il ne persistait, comme reliquat gênant de cette névrite qu'une sensation d'engourdissement dans l'annulaire et l'auriculaire droits, petit à petit, ces deux doigts tendaient à se fixer en position de demi-flexion et l'aponévrose palmaire de la main droite se rétractait progressivement.

« En 1902, un volumineux abcès froid de la paroi thoracique reparait, *à gauche cette fois*, au-dessous de la région mammaire. Cet abcès s'ouvre spontanément en novembre et il persiste à ce niveau une ulcération atone.

« En mai 1903, le malade revient. Il est porteur, à cette époque, de deux fistules thoraciques, presque sèches, correspondant à ses deux anciens abcès froids, et d'un abcès de la région présternale. Mais, en outre, depuis quelques semaines, à la base de l'annulaire droit, toujours un peu fléchi, s'est montré un autre petit abcès froid, symptomatique d'un point d'ostéite de la phalange. La rétraction de l'aponévrose palmaire de ce côté n'a pas progressé, bien que l'on perçoive les

durillons et les brides sous-cutanés, caractéristiques vers les plis de la main. L'atrophie et les autres signes de névrite du membre supérieur droit se perçoivent encore, quoique bien atténués.

« Tous ces abcès et ces fistules sont traités par l'incision, le curettage, la thermocautérisation, par des applications locales de baume de Pérou créosoté, de teinture d'iode et de nitrate d'argent. Le malade, soumis en même temps à la suralimentation, reprend un bon état général. Il peut être considéré comme guéri au commencement de septembre. A ce moment, il ne lui reste plus que de la limitation de l'extension de l'annulaire droit. La rétraction de l'aponévrose palmaire a notablement diminué, soit spontanément, soit à la suite des frictions et des douches locales auxquelles s'est soumis le malade.

« L'enchaînement de tous ces phénomènes, le caractère torpide et bénin de ces lésions multiples, même de celles qui ont suppuré, l'apparition, dans le membre supérieur droit, de la névrite et de la rétraction de l'aponévrose palmaire un an avant tout autre signe de l'ostéite de la phalange, tout n'est-il pas la marque d'une imprégnation prolongée d'un organisme résistant par un bacille atténué et par ses toxines? »

OBSERVATION VI

(De M. le professeur agrégé Paviot, *Médecine Moderne*,
24 février 1904.)

Rétraction de l'aponévrose palmaire. — Rhumatisme tuberculeux articulaire et extraarticulaire.

« M. H... est âgé actuellement de cinquante-deux ans. Il a eu, avant son mariage, une pleurésie qui guérit bien, car il put être pendant longtemps un alpiniste distingué. Au cours de son voyage de noces, il prend en Italie un grand accès fébrile. Dans la suite, pendant seize ou dix-huit ans, survinrent,

de temps à autre, des accès de fièvre, avec les trois stades classiques, accès que la quinine semblait juguler. Mais, dès cette époque, le malade a eu, à trois ou quatre reprises, des douleurs articulaires, d'allure subaiguë, intéressant surtout les grandes jointures, les genoux et plus particulièrement les cou-de-pied. Ces douleurs s'accompagnaient de congestions superficielles assez vives pour que les médecins administrassent du salicylate de soude qui, d'ailleurs, ne semblait pas donner grand résultat. En même temps que les articulations tibio-tarsiennes étaient intéressées, la fluxion et les douleurs tendaient à gagner les gaines des tendons voisins, surtout du tendon d'Achille. A plusieurs reprises, les articulations des genoux et des cou-de-pied furent atteintes en même temps.

« Dès l'âge de trente ans, M. H... vit commencer une rétraction de l'aponévrose palmaire des deux côtés. Dans l'espace de deux à trois ans, le dernier doigt des deux mains fut, par ce processus définitivement fléchi dans la paume. Cette rétraction est allée en progressant régulièrement depuis et, actuellement, le quatrième doigt est aussi fléchi que le cinquième.

« Le malade a toujours considéré ses poussées articulaires et sa rétraction de l'aponévrose palmaire comme une preuve d'« arthritisme », dit-il, d'autant plus que son père eut, très jeune, les deux derniers doigts des deux mains fléchis par la même rétraction.

« Pour compléter ces antécédents, on peut ajouter que le malade a quatre enfants, dont l'aîné a vingt et un ans. Tous sont bien portants, sauf une fille, qui a de l'asthme des fois, et son plus jeune fils qui, aujourd'hui en bonne santé, a eu l'an passé une crise d'albuminurie orthostatique disparue sans reliquat.

« Il y a cinq ans, il commença une *poussée de tuberculose pulmonaire du sommet droit*, qui l'obligea à quitter une charge importante et à séjourner à Alger pendant deux hivers. Après deux années de soins, les poussées fébriles disparurent, l'embonpoint revint, le sommet droit restant dur et certainement très scléreux, avec dilatation des bronches et forte rétraction

du creux sous-claviculaire droit. Pendant plus d'un an, M. H... garda des bacilles très abondants dans les crachats, au point que, l'évolution bénigne de sa tuberculose étonnant, on pratiqua l'inoculation de ces crachats, avec la pensée que l'on avait affaire à une faible virulence. Il n'en fut rien. Les cobayes moururent rapidement, avec une tuberculose généralisée.

« Après une année où les accidents pulmonaires paraissaient complètement enrayés, au point que le malade avait repris un emploi l'occupant peu, on vit, à la fin de l'été passé, reparaitre une nouvelle poussée, dans le sommet droit. En même temps qu'il s'amaigrissait, se produisaient des phénomènes névropathiques et mélancoliques. L'hiver suivant fut à nouveau passé à Alger. A peine arrivé dans cette ville, M. H... prit une poussée douloureuse articulaire de grande violence, et très tenace. Durant plus de trois semaines, des deux côtés, l'un après l'autre, le genou et le cou-de-pied furent gonflés, douloureux, puis ces douleurs, qui nécessitèrent une immobilisation complète, se dissipèrent lentement, permettant de constater une fois de plus l'inefficacité du salicylate de soude. Le malade finit son séjour à Alger. Il en est revenu apyrétique, engraisé. Sa grande sclérose du sommet droit ne s'étend pas sensiblement. L'été suivant, l'amélioration générale parut se suspendre, mais, actuellement, il semble devoir passer, dans de bonnes conditions, l'hiver à Lyon.

« Touchant ces polyarthrites, il faut noter que ces poussées articulaires n'ont jamais laissé la moindre raideur, la moindre déformation, le moindre craquement dans les genoux et les cou-de-pied. »

OBSERVATION VII

(Thèse de Chevrot. — Observation due à Lancereaux.)

Tuberculose des deux sommets : en avant surtout à gauche ; en arrière surtout à droite. — Herpétisme. — Migraines. — Eczéma. — Oignons. — Rétraction double de l'aponévrose

*palmaire. — Calvitie. — Lésions du système artériel. —
— Bronchite. — Le malade ne semble pas intoxiqué par
l'alcool. — Pas d'albuminurie. — Traitement tonique.*

K. P..., soixante et un ans, vernisseur, entre le 31 décembre 1881 dans le service de M. Lancereaux, salle Piorry.

Voici ce qu'on constate:

3 janvier. — Point de côté, mobile, tantôt à droite, tantôt à gauche ; par moments, dyspnée intense.

4 janvier. — Le malade parle toute la nuit. Il sommeille un peu le matin. La respiration devient plus difficile. Faiblesse des jambes. Toux fréquente.

5 janvier. — Toute la nuit, le malade a eu le délire; le matin, il continue à parler. Température, 38°5.

Le malade meurt le soir à 11 heures.

AUTOPSIE

Fausse membranes à la surface du cœur, plaques laiteuses anciennes au niveau du ventricule droit, plaques athéromateuses dans l'aorte abdominale.

Au sommet du poumon droit, large excavation vide, traversée par cordons fibreux, les bronches sont épaissies, quelques-unes dilatées.

Nombreuses adhérences du poumon gauche avec la paroi thoracique. Le lobe supérieur est fortement induré, le lobe inférieur est infiltré de granulations. Estomac réduit aux dimensions du gros intestin : la muqueuse est ardoisée, presque noire.

Pas de tubercules, ni dans l'intestin, ni dans les autres organes.

DESCRIPTION DES MAINS AVANT LA DISSECTION. — *Main gauche.* — L'extension de l'index n'est pas tout à fait complète, elle ne se fait qu'en tendant fortement la peau de la paume de la main. Le médius est beaucoup plus atteint : dans la tentative d'extension la plus forte, la première phalange reste encore

fléchie en avant, la deuxième sur la première. La phalangelette est droite.

L'annulaire est le plus fortement fléchi de beaucoup. La première phalange, malgré tout effort d'extension, reste à angle droit. La phalangine reste également fléchie, même à angle aigu, mais la phalangelette est dans une extension forcée, elle ne peut être fléchie.

Au petit doigt, la première phalange est fléchie à angle droit sur le métacarpien ; la deuxième est incomplètement étendue sur la première.

La peau de la paume de la main est intimément adhérente aux tissus sous-jacents au-dessus de la base du médius, et surtout de l'annulaire. On ne peut en aucune façon le faire glisser de haut en bas, ou transversalement, même quand les doigts sont fléchis.

Elle présente des plis transversaux concaves inférieurement, comme si les tissus sous-jacents auxquels elle adhère s'étaient rétractés de bas en haut.

Main droite. — Le pouce et l'index fonctionnent normalement. Le médius ne peut être étendu complètement ; quand on essaie d'y parvenir, l'aponévrose se tend fortement. De même à l'annulaire.

Au petit doigt, l'extension est complète. La peau est adhérente à l'aponévrose.

DISSECTION, par Ménard, interne.

Peau adhérente et presque confondue avec l'aponévrose.

Aponévrose. — Les fibres longitudinales sont *triplées d'épaisseur*, au moins si on les compare à celles d'un sujet même fortement musclé. La division normale de ces fibres en quatre languettes se voit parfaitement. La languette de l'annulaire, au lieu de se perdre dans la peau, au-dessus de la racine de ce doigt, comme à l'état normal, peut être très nettement suivie plus bas. Elle va s'attacher à la partie supérieure de la deuxième phalange, en se divisant en deux faisceaux qui vont s'insérer sur la gaine tendineuse des fléchisseurs.

C'est manifestement cette languette qui bride l'extension.

La gaine tendineuse est ouverte; les tendons qu'elle contient ne paraissent nullement altérés, ils peuvent être facilement attirés hors de leur gaine. Des faisceaux fibreux sous-jacents à la languette longitudinale précédente et qui paraissent dépendre en partie des fibres transversales du ligament palmaire vont s'attacher sur les côtés de l'articulation métacarpo-phalangienne. Ils se tendent quand on force l'extension; mais cette tension se produit surtout par le soulèvement de la bandelette longitudinale qui forme une corde à l'arc digito-métacarpien.

Sur le petit doigt, les fibres de la languette longitudinale contractent aussi, à l'extrémité supérieure des premières phalanges, des adhérences solides qui s'opposent à l'extension complète.

Les tendons du petit doigt sont également sains dans leur gaine et n'ont aucune part dans la rétraction.

L'aponévrose est donc l'agent principal, sinon exclusif, de la rétraction.

La peau enlevée, rien n'est changé dans les mouvements.

L'extension est empêchée par cette bride fibreuse longitudinale qui, partant de l'aponévrose palmaire, dont elle représente la troisième languette hypertrophiée, va s'attacher à la partie supérieure de la deuxième phalange.

Examen histologique, par Variot. — Epiderme considérablement épaissi.

Couche fibreuse sous-jacente au derme, colorée en rose par le picro-carmin, uniformément. Le derme se continue par sa face profonde sans interruption avec cette couche fibreuse.

Cartilages indemnes dans les articulations métacarpo-phalangiennes, là où les surfaces articulaires sont en contact. Ils sont érodés et jaunâtres sur la partie postérieure de la tête des métacarpiens.

Dans la zone fibreuse, cause déterminante de la rétraction, tissu fibrillaire très cohérent, analogue au tissu tendineux. Pas de corps fibro-plastiques intercalés, ni fibres élastiques. C'est un tissu scléreux, comme cicatriciel.

Peau, tissu cellulaire, aponévrose et ligaments sont en résumé également atteints et, par suite, il faut dire que la sclérose est plus générale que ne le croyait Dupuytren.

OBSERVATION VIII (résumée).

Rétraction du petit doigt et de l'annulaire (maladie de Dupuytren). — Opération d'après Busch ; à la suite de cette opération, le lambeau est atteint de gangrène et le patient, avant la guérison de la plaie opératoire, meurt de tuberculose (Prim. prof. WEINLECHNER).

N... Charles, âgé de quarante-quatre ans, journalier, déclare que, depuis deux ans, il remarque une flexion s'accroissant d'une façon stable au quatrième et au cinquième doigt de sa main gauche. Il attribue son affection à son travail pénible. Depuis un an seulement, cette flexion prend un tel développement du côté du petit doigt que ce dernier lui devient très gênant à chaque travail pénible. C'est pourquoi, désirant trouver un remède à sa maladie, il se décida à entrer, le 22 mars 1879, sous le n°1958 de la 2^e division de chirurgie.

Notre patient, dont l'affection a progressé sans la moindre douleur, et qui, du reste, déclare *n'avoir jamais été sérieusement malade*, bien qu'il paraisse avoir un état général précaire, présente l'état actuel suivant :

Le petit doigt de la main gauche est fléchi du côté de l'articulation métacarpo-phalangienne presque à angle droit ; et, du côté de la première articulation interphalangienne, la flexion forme un angle obtus, tout cela paraissant déterminé par une contracture très résistante du tendon fléchisseur. Ce dernier semble au niveau de l'articulation premièrement mentionnée distant de l'os d'environ 15 millimètres, et fait, du reste, saillie sur tout son parcours dans la paume de la main, jusqu'à la deuxième articulation interphalangienne.

Dans le creux de la main, on remarque, tout le long de ce

tendon, que la peau est profondément sillonnée, principalement dans le sens transversal.

A un degré moindre, se trouve également fléchi l'annulaire, dont le tendon semble aussi légèrement épaissi.

A la main droite, on observe un épaississement notable de l'aponévrose palmaire dans le creux de la main. A certains endroits, on peut voir des sillons profonds dans la peau de la voûte palmaire.

Le 30 mars, je pratiquai l'opération suivant la méthode de Busch, que j'avais déjà appliquée une fois avec succès dans le courant de l'année 1878. Après avoir fait localement l'hémostase je découpai un lambeau de peau triangulaire, la section arrivant jusqu'à l'aponévrose palmaire, de façon à pouvoir dissocier les brides tendineuses.

Déjà, au bout de quelques jours, apparut un commencement de gangrène du lambeau; progressivement, tout le lambeau fut pris et fut totalement détruit. Nous avions ainsi une plaie à surface triangulaire dont nous devions attendre la cicatrisation avant de songer à une autre intervention chirurgicale.

Au début de mai, le malade eut un exsudat pleurétique du côté de sa plèvre droite et, vers le 17 mai, il succomba sous une fièvre persistante.

A l'autopsie, on trouva des deux côtés une vieille *tuberculose* des sommets, un exsudat hémorragique occupant presque totalement la cavité pleurale; la plèvre était couverte de tubercules.

OBSERVATION IX (personnelle).

(Malade opéré par M. le professeur agrégé Villard.)

Rétraction de l'aponévrose palmaire droite. — Bronchite suspecte: sommets indurés. — Ankylose des articulations interphalangiennes et sclérose des gaines des fléchisseurs à gauche.

R... J.-R., cinquante-trois ans, originaire de Lyon, fournisseur et voyageur d'objets de sellerie.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier à signaler.

Antécédents personnels. — Il y a une vingtaine d'années, le malade a été atteint de bronchite, affection dont il ne s'est jamais remis complètement. Cette bronchite est devenue chronique et dure encore aujourd'hui. Le malade a, en effet, depuis cette époque, toussé et craché continuellement.

Il y a deux ans, fracture accidentelle de l'humérus à la suite d'une chute sur l'épaule gauche. Le patient entre à ce moment à l'hôpital de la Croix-Rousse, dans le service de M. le professeur agrégé Villard, et y reste onze mois. Ce séjour prolongé à l'hôpital a été motivé par une résection de l'épaule, rendue nécessaire par suite de la formation d'un cal volumineux occasionnant des troubles de compression du côté du plexus brachial.

On constatait en effet déjà une flexion des doigts de la main gauche, symptomatique très probablement de cette compression même.

Après la résection, cette flexion n'a fait que s'accroître davantage ; et, chose qui mérite d'attirer particulièrement l'attention, les articulations des doigts s'ankylosèrent bientôt, les gaines des fléchisseurs devinrent scléreuses, comme si, par suite de la création d'un lieu de moindre résistance et de la gêne des mouvements, la sclérose s'y était brusquement installée.

La malade passe à Longchêne, où il reste un mois. Il sort finalement pour reprendre ses occupations.

La résection de l'épaule a donné, quant à elle-même, un résultat satisfaisant, mais l'ankylose et la flexion des doigts persistent toujours.

Nouvelle entrée à l'hôpital de la Croix-Rousse, le 28 juin 1904, cette fois pour la rétraction de l'aponévrose palmaire siégeant à la main droite.

On ne relate dans les antécédents du malade aucune autre affection ; pas de syphilis pas de goutte, pas d'alcoolisme.

Histoire de la maladie. — Il n'y a qu'un an que la flexion des doigts s'est établie progressivement à la main droite. C'est,

en effet, petit à petit que le malade a vu ses doigts se rétracter, si bien que les mouvements, tout en étant douloureux, étaient très gênés et ne pouvaient guère s'effectuer. Il ne pouvait plus se livrer à aucun travail manuel, pas même écrire lisiblement, tant la gêne fonctionnelle était grande.

Les doigts les plus atteints étaient l'annulaire et le petit doigt, ce dernier étant de beaucoup le plus rétracté.

Dans ces conditions, le malade demande une intervention. Aussi lui fait-on, le 6 juillet 1904, une section des brides scléreuses, de manière à remettre dans la rectitude les doigts intéressés, et l'on tâche d'opérer le redressement sous le plâtre.

Le malade sort bientôt de l'hôpital. Mais il déclare que, déjà trois à quatre semaines après l'intervention, la flexion des doigts s'est reproduite et même très accentuée. A l'occasion donc de cette intervention, il semble encore que les tissus en ont aussitôt profité pour se scléroser davantage.

Etat actuel, le 15 novembre 1904.

ASPECT DES MAINS. — La *main droite* présente l'aspect typique que l'on voit chez un rétracté de l'aponévrose palmaire, à cette différence près que les doigts sont à peu près également fléchis dans la paume de la main, le médius étant, cette fois, légèrement plus rétracté que les autres doigts. C'est que le médius et l'annulaire ont, depuis, continué à se courber vers la paume de la main, accompagnant ainsi le mouvement de flexion qui se refaisait du côté de l'annulaire et du petit doigt.

Dans la paume de la main, on aperçoit la cicatrice opératoire et, à côté, les dépressions caractéristiques que l'on signale assez souvent chez de tels malades.

A *gauche*, les doigts de la main sont également fléchis, mais cette rétraction ne peut être attribuée à la sclérose seule de l'aponévrose palmaire: on constate, comme cela a été dit, de l'ankylose à des degrés divers des articulations et particulièrement l'ankylose complète de l'articulation interphalangienne de la première phalange et de la deuxième phalange de l'index, de telle sorte que ce dernier est fléchi à angle droit au niveau de la jointure.

D'un autre côté, on note facilement la sclérose des gaines des fléchisseurs.

On doit dire encore qu'il faut aussi, dans ce cas, incriminer une semblable flexion aux troubles de compression qui ont eu lieu du côté du plexus brachial, au niveau de la partie supérieure du bras.

La peau de cette main est luisante, lisse et par endroits violacée.

Appareil respiratoire. — Aux sommets, submatité des deux côtés, en avant et en arrière, surtout en arrière et à droite.

Vibrations légèrement augmentées.

Respiration obscure en arrière. Sibilances. Craquements dans la fosse sus-épineuse droite et râles muqueux inspiratoires après la toux dans le restant du poumon, principalement aux sommets.

Du côté des *autres appareils*, il n'y a rien à noter.

L'état général est ,pour l'instant, assez bon; le malade n'a pas trop maigri.

Ces jours-ci, quelques douleurs, fugaces, il est vrai, mais très perceptibles, sont apparues dans quelques jointures, surtout dans les genoux.

Température normale.

CONCLUSIONS

I. La rétraction de l'aponévrose palmaire et des tissus blancs de la paume de la main constitue, au point de vue clinique, une entité pathologique parfaitement définie, depuis la description magistrale, déjà ancienne, qu'en a donné DUPUYTREN et qui lui a valu le nom de *maladie de Dupuytren*.

II. La pathogénie de cette affection n'en reste pas moins obscure dans nombre de cas, dans lesquels particulièrement la goutte, l'arthritisme, la syphilis, l'alcoolisme, etc..., toutes causes générales peut-être un peu banales, ne sauraient être invoquées.

III. Il en est de même des traumatismes, des irritations locales répétées, professionnelles ou autres, des frottements, etc..., qui, à coup sûr, jouent un rôle important comme causes occasionnelles, mais qui ne suffisent pas cependant pour expliquer ce genre de lésions.

IV. Cette manière de voir est si juste, que, de tout temps, on a invoqué une cause interne générale ainsi que nous le disons plus haut.

V. Les recherches de M. le professeur A. PONCET, dans ces dernières années, sur le *rhumatisme tuberculeux* établissent clairement l'existence d'une tuberculose inflammatoire sans édification pathologique de produits considérés comme de nature bacillaire ; et cette tuberculose inflammatoire peut frapper, non seulement l'appareil articulaire, mais tous les organes, tous les tissus.

VI. Maladie essentiellement infectieuse, la *tuberculose* peut frapper également l'aponévrose palmaire et les tissus blancs de la paume de la main, et, comme d'autres infections, d'autres intoxications, donner lieu à une inflammation chronique aboutissant en fin de compte à la sclérose.

VII. D'après les travaux publiés, il y a peu de temps encore, sur le rhumatisme tuberculeux, l'infection bacillaire peut se révéler par des lésions inflammatoires variées, allant depuis la douleur, la congestion simple, jusqu'à la suppuration, jusqu'à la sclérose incurable ; et, lorsque chez un sujet tuberculeux on ne trouve pas d'autre affection que la tuberculose, la clinique enseigne que toutes ces lésions doivent lui être rapportées.

VIII. Nous relatons précisément 9 observations de rétraction de l'aponévrose palmaire, dans lesquelles nous n'avons pas trouvé d'autre infection que la tuberculose et dans lesquelles, ainsi que nous le montrons au cours de notre travail, cette dernière seule doit être incriminée,

IX. Il existe donc une *maladie de Dupuytren d'origine tuberculeuse*, dont les lésions sont purement inflammatoires et, par cela même, ne se séparent pas, au point de vue anatomo-pathologique, des autres rétractions de l'aponévrose palmaire, ayant pour cause une autre infection.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

PONCET.

Vu :

LE DOYEN,

LORTET.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 5 décembre 1904,

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ.

GABRIEL COMPAYRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ADAMS, *Brit. med. Journal Lond.*, I, 928-932, 1878.

— On finger contraction, Lond., 1879, etc.

ALIBERT, *Monographie dermatoses*, p. 16, 1832.

AMAT, *Gaz. méd. Paris*, 7 s., III, 25-39, 1886.

BAUM DE DANTZICK, *Centralblatt für Chir.*, Leipzig, V, 129-134, 1878.

— *Arch. gén. de méd.*, t. II, 1879.

BERGER (P.), *Assoc. fr. de chir. Pr. v. de Paris*, VII, 633-64, 1893.

BERGER, *Revue int. de méd. et de chir.*, Paris, XI, 1-3, 1900.

BLUM, *Chirurgie main*, 1882.

BOYER, *Maladie chir.*, t. IV, 1847.

CHEVROT, thèse Paris, 1882.

COOPER ASTLEY, *Œuvres chirurgicales*, 1837.

COSTILHES, thèse Paris, 1885.

DUPLAY et RECLUS, *Traité chirurg.*, 2^e éd., t. VIII, p. 507, 1899.

DUPUYTREN, *Journal univ. et hebd.*, t. V et VI, 1832.

— *Leçons orales et clin. chir.*, I, 2-24, 1832.

— *Transactions médicales*, t. XI, 1832.

— *Gazette méd.*, Paris, 1832.

— *Leçons orales et clin. chir.*, t. IV, 1839.

EULENBURG, *Berl. klinisch. Wochensch.*, 1864.

FORT, thèse agrégation, Paris, 1869.

GERDY, *Chir. prat.*, t. II, 1852.

GOYRAND D'AIX, *Gaz. méd.*, Paris, 1835.

GRAPOW, *Arch. f. anat. und Phys.*, p. 113, 1887.

GUÉRIN, *Gaz. méd.*, Paris, 1835.

— *Journal méd. Championnière*, 1835, 1840 et 1843.

- KOCHER, *Rev. génér. de chir. et therap.*, 1887.
— *Central. bl. f. Chir.*, Leipzig, XIV, 1887.
LANCEREAUX, *Traité herpétisme*, 1883.
LE DENTU et DELBET, *Traité Chirurgie*, t. X, 1901.
LEGUEU et JUVARA, *Anatomie des apon. palm.*, (*Soc. ant.*, 1891.)
— *Bull. Soc. anat.*, p. 383, 1892.
MADELUNG, *Berl. klin. Wochenschrift*, 1875.
— *Semaine médicale*, n° 4, 1886.
MALGAIGNE, *Leçons orth.*, 1863.
MASLIEURAT-LAGEMARD, *Gaz. méd.*, Paris, p. 273, 1839.
MENJAUD, thèse Paris, 1861.
PLATER, *Observationum liber I*, p. 140-1614.
POIRIER, *Anatomie humaine*, t. II, 1899.
POLAILLON, *Union médicale*, 1887.
— *Dict. encyclop. sc. méd.* 1887.
PONCET (A.), Rhumatisme tuberculeux abarticulaire. Rétraction de l'aponévrose palmaire d'origine tuberculeuse (*Médecine moderne*, 24 février. 1904).
— *Société de médecine de Lyon*, séance du 30 novembre 1903, et *Lyon médical* du 20 décembre 1903.
— Rhumatisme tuberculeux par Poncet et Mailland. Monographie, œuvre médico-chirurgical du D^r Critzmann, n° 34, 1903.
— Rhumatisme tuberculeux abarticulaire (*Académie de médecine*, juillet 1902).
RICHER (P.), *Société anatomique*, 1877, p. 124.
RICHEL, *Anat. méd. chir.*, 1887.
SAMSON, *Gaz. méd. Paris*, 1834.
SEVESTRE, *Journal Robin*, t. IV, 1867.
TESTUT, *Anatomie humaine*, t. I, 1904.
TRÉLAT, *Rev. gén. de chir. et therap.*, Paris, I, 3-5, 1887.
VELPEAU, *Gaz. méd. de Paris*, 1835.
WEINLECHNER, *Bericht. d. K. K. Krankenanstalt Rudolf. Stiftung*, 1879.

